N°39

LA LETTRE SYNDICALE

Revue du Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux Non Universitaires

JUILLET 2000

2e de couv Janssen Cilag Film

EDITORIAL

SOMMAIRE

Composition du bureau et délégués régionaux du SNMARHNU **p. 3**

Négociations en cours **p. 5**

Textes officiels récents :
la Prime de Service Public Exclusif
et les modifications statutaires **p. 6**

Toutes les avancées sur le repos de sécurité et retour sur la semaine d'expérimentation **p. 10**

Le mot du président et l'analyse des postes à pénibilité accrue **p. 14**

Débat sur le fonctionnement des blocs opératoires **p. 16**

Retour sur le mouvement des IADE **p. 22**

Convocation à l'assemblée générale **p. 24**

Édition : EDITIONS DYK - 52,bld Ornano 75018 Paris - **Tél. : 01 42 58 85 70**
Directeur de la publication : Yves CHEMAMA -
Conception et réalisation : Eric DUFOUR
Impression : I-MÉDIA
Rédaction : Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux Non Universitaires.

Votre, notre, Lettre Syndicale paraît donc pour la deuxième fois sous sa nouvelle forme magazine. Elle reflète la préoccupation qu'a le Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux non Universitaires (SNMARHNU) à informer au mieux les Anesthésiste-Réanimateurs des hôpitaux généraux, à recueillir leurs impressions, avis, encouragements mais aussi critiques et reproches.

C'est pourquoi nous ouvrons une rubrique "courrier des lecteurs" qui permettra à tous d'être lus. Les lettres peuvent nous parvenir soit par courrier à La Rochelle, soit à notre adresse e-mail (snmarhnu@wanadoo.fr).

Il est important de comprendre que nous avons besoin d'un retour sur infos, d'être au courant de ce qui se passe dans les hôpitaux aux quatre coins de notre pays, pour qu'un lien réel unisse les anesthésistes-réanimateurs de partout au conseil d'administration de leur syndicat. Les délégué régionaux ont là un rôle essentiel à jouer : Celui d'enquêteurs des conditions locales, et celui de relais. Ils ne demandent qu'à être sollicités.

Par ailleurs, le SNMARHNU, à l'aube de discussions capitales dont vous trouverez le détail dans ces pages, se doit d'augmenter sa représentativité. Et cela passe par un grand nombre d'adhérents à jour de leurs cotisations. Tous les lecteurs sauront se mobiliser de manière responsable et efficace, pour que le SNMARHNU soit plus fort de ses nombreux adhérents anciens et nouveaux, et puissent donc prétendre à encore plus d'autorité dans les mois agités qui viennent.

Dr. James BRODEUR
(Bourges)

Courrier :
Dr Goumard SNMARHNU
Service d'Anesthésie
Centre Hospitalier 17021 La Rochelle

Courrier électronique :
E-mail : snmarhnu@wanadoo.fr
Site Internet : perso.wanadoo.fr/snmarhnu
Fax : 01 64 26 60 03 - Répondeur : 01 64 26 60 62

ICN Pharmaticals Film

Composition du Bureau

Président d'honneur :	Dr CARA-BEURTON - St Germain en Laye (78104)	Dom. : 01.39.73.14.94 - Fax 01.39.73.14.94
Président :	Dr DUCREUX - CH Roanne (42328)	Hop. : 04.77.44.30.00 - Sec. : 04.77.44.31.07 Fax : 04.77.44.31.15 - Bur. : 04.77.44.31.11
Vice-Présidents :	Dr GIRAUD - CH Thionville (57312)	Hop. : 03.82.55.82.55 - Sec. : 03.82.55.81.90 Fax : 03.82.55.81.92
	Dr PERUCHO - CH Perpignan (66000)	Hop. : 04.68.61.66.33 - Sec. : 04.68.61.65.19 Bur. : 04.68.61.68.66 - Fax : 04.68.61.69.89 SR : 04.68.61.67.45
	Dr VALERI - CH La Ciotat (13600)	Hop. : 04.42.08.76.00 - Fax : 04.42.71.44.64
	Dr VIGNIER - CH Mantes-La-Jolie(78021)	Hop. : 01.34.97.41.10 - Sec. : 01.34.97.41.10 Fax : 01.34.97.41.14
Secrétaire Général :	Dr GOUMARD - CH La Rochelle (17000)	Hop. : 05.46.45.50.50 - Sec. : 05.46.45.51.51 Fax : 05.46.45.52.30 - Bur. : 05.46.45.52.69
Secrétaire Adjoint :	Dr BRODEUR - CH Bourges (18000)	Hop. : 02.48.48.48.48 - Sec. : 02.48.48.49.14 Fax : 02.48.48.48.13
Trésorier :	Dr BLOT - CH Montfermeil (93370)	Hop. : 01.41.70.80.00 - Sec. : 01.41.70.82.55 Fax + Bur. : 01.41.70.82.02
Membres :	Dr BRECHIGNAC - CH Sallanches (74700)	Hop. : 04.50.47.30.50 - Fax : 04.50.47.30.88
	Dr BRETSZTAJN - CH Salon de Provence (13658)	Hop. : 04.90.44.91.44 - Fax : 04.90.44.92.54
	Dr BRULE - CH Le Havre (76600)	Hop. : 02.32.73.32.32 - Fax : 02.32.73.34.66
	Dr DOUTRE - CH Belfort (90016)	Hop. : 03.84.57.40.00 - Fax : 03.84.57.47.56 Sec. : 03.84.57.47.12
	Dr FAURE - CH BASSE TERRE (97100)	Hop. : 05.90.80.54.77 - Fax : 05.90.8054.77
	Dr KAIDOMAR - CH Fréjus St Raphaël (83608)	Hop. : 04.94.40.20.68 - Fax : 04.94.17.79.03
	Dr REYES - CH Beaumont sur Oise	Hop. : 01.39.37.15.20

Les Délégués Régionaux du SNMARHNU

Régions	Délégués	Département	Centre Hospitalier	Téléphone	Fax
Alsace	Dr BEUTELSTETTER	67-68	MULHOUSE (68070)	0389646151	
Aquitaine	Dr FOURNIER	24-33-47-64	St FOY La Grande (33220)	0557460142	0557461520
Auvergne	Dr DELORT	03-15-43-63	AURILLAC (15002)	0471465656	0471465633
Basse Normandie	Dr DEQUIRE	14-50-61	ALENCON (61014)	0233327575	0233323141
Bourgogne	Dr GALLOUX (Coordonnateur)	21-58-71	BEAUNE (21203)	0380244444	0380244574
	Dr POTDEVIN	89	AUXERRE (89011)	0386484848	0386484719
Bretagne	Dr CHARLEMAGNE	22-29-35-56	LORIENT (56322)	0297649163	0297649255
Centre	Dr BRODEUR	18-28-36-37	BOURGES (18000)	0248484848	0248484813
Champagne Ardennes	Dr GUILLAUME	08-10-51-52	CHARLEVILLE MEZIERE	0324587155	
Haute Normandie	Dr BRULE	27-76	LE HAVRE (76600)	0232733232	0232733174
Ile de France	Dr VIGNIER (Coordonnateur)	78	MANTES la JOLIE (78021)	0134974000	0134974114
	Dr SEJOURNE	91-75-77	EVRY (91014)	0160875050	0160875140
	Dr BLOT	93-92	MONTFERMEIL (93370)	0141708255	0141708202
	Dr STARKMAN	94-95	GONNESSE (95500)	0134532041	0134532475
Languedoc Roussillon	Dr PERUCHO	11-30-34-48-66	PERPIGNAN (66000)	0468616633	0468616989
Limousin	Dr VILLATTE	23-19-87	ST JUNIEN (19200)	0555435000	0555435075
Lorraine	Dr GIRAUD	54-55-57-88	THIONVILLE (57312)	0382558255	0382558192
Midi Pyrénées	Dr MARTY(Coordonnateur)	09-12-31-32-65-81-82	TARBES (65000)	0562515151	0562515804
	Dr CAZABAN	46	CAHORS (46000)	0565205050	0565205410
Nord - Pas de Calais	Dr DESMIDT	59-62	CH St Philibert - LOMME (59462)	0320225065	0320225025
Pays de Loire	Dr LEMANISSIER	44-49-53-72-85	LE MANS (72000)	0243434343	0243432421
Picardie	Dr LEBRUN	02-60-80	St QUENTIN (02321)	0323067171	0323067287
Poitou Charentes	Dr GOUMARD	16-17-79-86	LA ROCHELLE (17000)	0546455050	0546455230
Provence Côte d'Azur	Dr VALERI (Coordonnateur)	13-20-(2A-2B)-84	LA CIOTAT (13600)	0442687600	0442714464
	Dr BRETSZAJN	04-05	SALON de PROVENCE	0490449144	0490449254
	Dr FRECHE	06	GRASSE (06130)	0493095237	0493095242
	Dr KAIDOMAR	83	FREJUS (83608)	0494402068	0494177903
Rhône Alpes	Dr DUCREUX (Coordonnateur)	07-26-42-69	ROANNE (42300)	0477443000	0477443115
	Dr BRECHIGNAC	01-38-73-74	SALLANCHES (74700)	0450473050	0450473088
Territoire de Belfort	Dr DOUTRE (Coordonnateur)	90	BELFORT (90016)	0384574000	0384574756
Franche Comté	Dr SCHOCH	25-39-70	MONTBELIARD (25200)	0381916161	0389650303
Réunion	Dr MARTIN	97.4	St DENIS de la Réunion (97405)	0262905400	0262907734
Martinique	Dr VOECKLER	97.2	TRINITE (97220)	0596664600	0596664606
Guadeloupe	Dr DALJARDIN	97.1	POINTE à PITRE (97110)	0590891010	0590910838
	Dr FAURE	97.1	BASSE TERRE (97100)	0590805477	0590805477
Guyane	Dr LEROY	97.3	St Laurent du Maroni CAYENNE (97320)	0594348712	0594348715

BULLETIN D'ADHESION

AU SYNDICAT NATIONAL des MEDECINS ANESTHESISTES REANIMATEURS des Hôpitaux Non Universitaires

NOM : .....
PRENOM :.....

Année de naissance :..... Année de Thèse : .....
Année de CES :.....
Année de DES : .....
Nationalité :..... Année de Qualification :.....

Inscription au Conseil de l'Ordre n° : .....
(Facultatif)

Adresse personnelle :.....
N°. Rue/Avenue : .....
Code Postal : ..... Ville : .....N° Tel. : .....

Adresse professionnelle :.....
N°.....Rue/Avenue.....
CodePostal :.....Ville :.....
N° Tel. :.....
N° Fax :.....
E mail :.....

Mode d'exercice : ❑ CHG ❑ CHU ❑ Convention FEHAP
❑ Secteur Privé ❑ Centre Anti Cancéreux
❑ Temps Plein ❑ Temps Partiel

Responsabilité : ❑ Chef de service ❑ Coordonnateur ❑ Responsable d'UF
Fonction : ❑ PH ❑ PH Contractuel ❑ PH Associé
❑ PAC
❑ Autres (Préciser) : .....

Secteur d'activité : ❑ Anesthésie Bloc ❑ SAMU-SMUR ❑ Urgences
❑ Réanimation ❑ Douleur
❑ Autres (Préciser) : .....

Sollicite une adhésion.
Cotisation année 2000 - Inscription unique : 700 F
- Inscription groupe : 600 F (2/3 pers. pour le même établissement)

Formulaire à retourner accompagné du versement de la cotisation au :

Docteur BLOT (Trésorier du SNMARNHU) Anesthésiste-Réanimateur
Centre Hospitalier - 93370 MONTFERMEIL

NEGOCIATIONS EN COURS ET A VENIR :
LA CROISEE DES CHEMINS

Le protocole du 13/03/00 (texte complet dans la L.S.38), reconnaissait de manière formelle le rôle de l'hôpital public dans le système de soins en France et la place qu'y occupent les médecins hospitaliers. Il a ouvert une page nouvelle dans l'histoire de la santé en France. Enfin le "public" est reconnu ! Certes, le "privé" n'est ni déconsidéré ni dénigrée. Mais c'est bien à l'hôpital public que revient le rôle de prendre en compte les besoins de la population pour réduire les inégalités dans l'accès aux soins.

Les praticiens qui y exercent à divers statuts que ce soit doivent donc être écoutés –le dialogue-, retenus dans les postes qu'ils occupent –les améliorations des conditions de travail-, et recrutés en plus grand nombre –amélioration des conditions d'attractivité. Ce sont les choix d'un gouvernement inspirés en tout point par les syndicats de PH. C'est un choix dont nous nous félicitons, car de démotivation en démédicalisation l'hôpital public est en danger.

Ainsi donc, à quatre mois de la signature du protocole, où en est-on ?

Et bien ! Nous sommes déçus par le peu qui a été accompli. Certes, les modifications du statut de PH portant sur les avancements d'échelons, les reclassements pour les PH temps pleins et temps partiels sont parus. De même pour l'indemnité d'engagement de service public exclusif (vous trouverez plus loin les textes des décrets et arrêtés du 8 juin 2000). Signalons d'emblée qu'une circulaire complètera l'arrêté, réaffirmant le début du contrat au 1/5/00 quelle que soit la date de la signature, et fixant les termes de ce contrat exclusivement (et non au minimum – art. 3, alinéa 5) au modèle présenté. Donc la carrière publique est reconnue comme telle et surtout le verrou du 10è échelon saute ! Mais le chemin au 13e échelon reste aussi long (24 ans) et les mal reclassés d'avant 84 le resteront.

Le 9 juin, lors de la première réunion de suivi du protocole du 13/03/00, la D.H. a annoncé qu'elle s'apprêtait à sortir l'arrêté d'application de l'article 12 du décret 99-653 instituant le repos de sécurité (RS). Quatre réunions avaient préparé le terrain et Michel Vignier, au nom du SNMARHNU, avait au terme d'un remarquable travail de négociation fait accepter par tous les interlocuteurs certains points essentiels. Vous trouverez dans ce numéro les textes complets des communiqués de presse, qui sont autant de comptes-rendus saisis après chaque réunion et traduisent la progression des débats. Les points obtenus sont :

1. Que l' Anesthésie-Réanimation est reconnue comme un service à haute contrainte nécessitant un travail continu 24h/24 (groupe 1).
2. Que le RS est mis en place dans un délai de trois ans partout après une garde ou une astreinte opérationnelle lourde ;
3. Que le RS est compris comme une cessation totale d'activité;
4. Que la garde reste rémunérée à son taux actuel.

Les "activités déclenchant le RS" font l'objet d'une évaluation régulière. Mais le SNMARHNU réclame toujours :
1. Que le RS soit compris dans la durée hebdomadaire légale de travail (46h maxi) et donc distinct de la récupération ;
2. Que l'arrêté sur les gardes de 73 soit modifié, certes, en prenant son temps, bien sûr, mais qu'il soit déjà appliqué en ce qui concerne l'obligation pour tout les médecins quel que soit leur grade de participer à la liste de garde.
3. Que la durée du RS soit uniforme : nous préférons 24h pour éviter les "professionnels de la nuit" qu'entraînerait une durée de 11h ;
4. Qu'il y ait dégressivité du nombre de garde à assurer mensuellement en fonction de l'âge.
Tous ces points et d'autres relèvent soit d'un toilettage de l'arrêté de 73 soit des discussions indispensables et parallèles sur la réduction du temps de travail.

Mais voilà, ce sont des "chantiers" qui n'ont pas été ouverts. Pire, il n'est pas prévu de date d'ouverture de discussions. Il n'est prévu de dates que pour la psychiatrie et la chirurgie. D'autres négociations capitales piétinent : prime multi-établissements, dispositifs d'incitation pour postes difficiles. FMC et sécurité sanitaire sont aussi aux abonnés absents. La finalisation des "gros morceaux" pour les anesthésistes n'est donc soit ni aboutie ni envisagé. Et la pose estivale est arrivée !

Nous sommes donc à une croisée des chemins. Ce qui pouvait être facilement accepté donc ce qui ne remettait pas en cause la carte sanitaire l'a été. Toutes les autres mesures entraîneront une réorganisation du fonctionnement des plateaux techniques et des restructurations. Il s'agit d'un "challenge" autrement plus difficile que de distribuer les miettes de la croissance.

Dr J. BRODEUR (Bourges)

Décret n° 2000-503 du 8 juin 2000 modifiant le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers :

NON : MESH0021561D

Le Premier ministre.
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le code de la santé publique, notamment le titre 1° et le titre 1°bis du livre VII ;
Vu le décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers ;
Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 7 avril 2000 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1er – Au deuxième alinéa de l'article 19 du décret du 24 février 1984 susvisé, les mots ; " sans pouvoir dépasser le 10è échelon du corps " sont supprimés.
Art. 2 – Les deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article 26 du décret du 24 février 1984 susvisé sont abrogés.
Art. 3 – L'article 27 du décret du 24 février 1984 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :
" Art. 27 – L'avancement d'échelon s'effectue selon les dates suivantes :
12° échelon : quatre ans ;
11° échelon : deux ans ;
10° échelon : deux ans ;
9° échelon : deux ans ;
8° échelon : deux ans ;
7° échelon : deux ans ;
6° échelon : deux ans ;
5° échelon : deux ans ;
4° échelon : deux ans
3° échelon : deux ans ;
2° échelon : un an ;
1° échelon : un an ;

L'avancement d'échelon est prononcé par le préfet "

Art. 4 – Il est ajouté après le 5° du premier alinéa de l'article 28 du décret du 24 février 1984 susvisé un 6° ainsi rédigé :
"6° Une indemnité d'engagement de service public exclusif versée aux praticiens qui s'engagent, pour une période de trois ans renouvelable, à ne pas exercer une activité libérale telle que prévue à l'article L.714-30 du code de la santé publique.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et du budget, détermine les conditions d'attribution de cette indemnité ainsi que son montant et ses modalités de versements. "
Art. 5 – Il est inséré dans le décret du 24 février 1984 susvisé un article 97-3 ainsi rédigé :
" Art. 97-3 – Les praticiens hospitaliers régis par le présent décret sont reclassés dans les conditions suivantes à compter du 1er novembre 2000 :

SITUATION ANCIENNE	SITUATION NOUVELLE	ANCIENNETE DANS L'ECHELON DE RECLASSEMENT
1e échelon	1e échelon	Ancienneté conservée
2e échelon	2e échelon	Ancienneté conservée
3e échelon	3e échelon	Ancienneté conservée
4e échelon avec une ancienneté inférieure à 1 an	3e échelon	Ancienneté conservée majorée de 1 an
4e échelon avec une ancienneté égale ou supérieure à 1 an	4e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an
5e échelon avec une ancienneté inférieure à 1 an 6 mois.	4e échelon	Ancienneté conservée majorée de 6 mois.
5e échelon avec une ancienneté égale ou supérieure à 1 an 6 mois.	5e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an 6 mois.
6e échelon avec une ancienneté inférieure à 1 an 6 mois.	5e échelon	Ancienneté conservée majorée de 6 mois.
6e échelon avec une ancienneté égale ou supérieure à 1 an 6 mois.	6e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an 6 mois.
7e échelon avec une ancienneté inférieure à 1 an 6 mois.	6e échelon	Ancienneté conservée majorée de 6 mois.
7e échelon avec une ancienneté égale ou supérieure à 1 an 6 mois.	7e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an 6 mois
8e échelon avec une ancienneté inférieure à 6 mois.	7e échelon	Ancienneté conservée majorée de 1 an 6 mois.
8e échelon avec une ancienneté égale ou supérieure à 6 mois et inférieure à 2 ans 6 mois.	8e échelon	Ancienneté conservée minorée de 6 mois.
8e échelon avec une ancienneté égale ou supérieure à 2 ans 6 mois.	9e échelon	Ancienneté conservée minorée de 2 ans 6 mois.
9e échelon avec une ancienneté inférieure à 1 an 6 mois.	9e échelon	Ancienneté conservée majorée de 6 mois.
9e échelon avec une ancienneté égale ou supérieure à 1 an 6 mois.	10e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an 6 mois.
10e échelon avec une ancienneté inférieure à 1 an.	10e échelon	Ancienneté conservée majorée de 1 an.
10e échelon avec une ancienneté égale ou supérieure à 1 an.	11e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an.
11e échelon avec une ancienneté inférieure à 1 an.	11e échelon	Ancienneté conservée majorée de 1 an.
11e échelon avec une ancienneté égale ou supérieure à 1 an.	12e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an.
12e échelon avec une ancienneté inférieure à 3 ans.	12e échelon	Ancienneté conservée majorée de 1 an.
12e échelon avec une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans.	13e échelon	Ancienneté conservée minorée de 3 ans.
13e échelon	13e échelon	

Art. 6. – Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, la ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le secrétaire d'Etat à l'outre-mer, la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés et la secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal Officiel de la République Française.

Fait à Paris, le 8 juin 2000-06-30

Lionel JOSPIN

Par le Premier ministre :
La ministre de l'emploi et de la solidarité
Martine AUBRY

Le ministre de l'économie des finances et de l'industrie
Laurent FABIUS

Le ministre de l'intérieur
Jean-Pierre CHEVENEMENT

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer
Jean-Jack QUEYRANNE

La secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés
Dominique GILLOT

La secrétaire d'Etat au budget
Florence PARLY

Décret n° 2000-504 du 8 juin 2000 modifiant le décret n° 85-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics.

Nor : MESH0021564D

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le code de la santé publique, notamment le titre 1er et le titre 1er bis du livre VII ;
Vu le décret n° 85-384 du 29 mars 1985 modifié portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics ;
Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 7 avril 2000 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :
Art. 1er – L'article 19 du décret du 29 mars 1985 susvisé est modifié ainsi qu'il suit :
1° Au premier alinéa, la seconde phrase est supprimée ;
2° Les deuxième et troisième alinéas sont supprimés.
Art. 2 – L'article 20 du décret du 29 mars 1985 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :
"*Art. 20* – L'avancement d'échelon est prononcé par le préfet".
12° échelon : quatre ans ;
11° échelon : deux ans ;
10° échelon : deux ans ;
9° échelon : deux ans ;
8° échelon : deux ans ;
7° échelon : deux ans ;
6° échelon : deux ans ;
5° échelon : deux ans ;
4° échelon : deux ans ;
3° échelon : deux ans ;
2° échelon : un an ;
1° échelon : un an.
L'avancement d'échelon est prononcé par le prefet. "

Art. 3 – Il est inséré dans le titre XI (dispositions transitoires) du décret du 29 mars 1985 susvisé un article 61-1 rédigé ainsi qu'il suit ;
"*Art. 61-1* – Les praticiens à temps partiel régis pas le présent décret sont reclassés, à compter du 1er novembre 2000, dans les conditions suivantes :

SITUATION ANCIENNE	SITUATION NOUVELLE	ANCIENNETE DANS L'ECHELON DE RECLASSEMENT
1e échelon	1e échelon	Ancienneté conservée.
2e échelon	2e échelon	Ancienneté conservée.
3e échelon	3e échelon	Ancienneté conservée
4e échelon :		
- durée inférieure à 1 an.	3e échelon	Anciennete conservée majorée de 1 an.
- durée égale ou supérieure à 1 an.	4e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an.
5e échelon :		
- durée inférieure à 1 an 6 mois.	4e échelon	Ancienneté conservée majorée de 6 mois.
- durée égale ou supérieure à 1 an 6 mois.	5e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an 6 mois
6e échelon :		
- durée inférieure à 1 an 6 mois.	5e échelon	Ancienneté conservée majorée de 6 mois
- durée égale ou supérieure à 1 an 6 mois.	6e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an 6 mois.
7e échelon :		
- durée inférieure à 1 an 6 mois.	6e échelon	Ancienneté conservée majorée de 6 mois.
- durée égale ou supérieure à 1 an 6 mois.	7e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an 6 mois.
8e échelon :		
- durée inférieure à 6 mois.	7e échelon	Ancienneté conservée majorée de 1 an 6 mois
- durée égale ou supérieure à 6 mois et inférieure à 2 ans 6 mois	8e échelon	Ancienneté conservée minorée de 6 mois.
- durée égale ou supérieure à 2 ans 6 mois.	9e échelon	Ancienneté conservée minorée de 2 ans 6 mois.
9e échelon :		
- durée inférieure à 1 an 6 mois.	9e échelon	Ancienneté conservée majorée de 6 mois.
- durée égale ou supérieure à 1 an 6 mois.	10e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an 6 mois.
10e échelon :		
- durée inférieure à 1 an.	10e échelon	Ancienneté conservée majorée de 1 an.
- durée égale ou supérieure à 1 an.	11e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an.
11e échelon :		
- durée inférieure à 1 an.	11e échelon	Ancienneté conservée majorée de 1 an.
- durée égale ou supérieure à 1 an.	12e échelon	Ancienneté conservée minorée de 1 an.
12e échelon :		
- durée inférieure à 3 ans.	12e échelon	Ancienneté conservée majorée de 1 an.
- durée égale ou supérieure à 3 ans.	13e échelon	Ancienneté conservée minorée de 3 ans.
13e échelon	13e échelon	

Art. 4 – Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, la ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le secrétaire d'Etat à l'outre-mer, la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés et la secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République Française.

Fait à Paris le 8 juin 2000

Lionel JOSPIN

Par le Premier ministre :
La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Martine AUBRY

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
Laurent FABIUS

Le ministre de l'intérieur,
Jean-Pierre CHEVENEMENT

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer,
Jean-Jack QUEYRANNE

La secrétaire d'Etat à la santé
et aux handicapés,
Dominique GILLOT

La secrétaire d'Etat au budget,
Florence PARLY

Arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif.

NOR : MESH0021562A

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,la ministre de l'emploi et de la solidarité, la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés et la secrétaire d'Etat au budget,
Vu le code de la santé publique ;
Vu le décret n°84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers, et notamment son article 30,

Arrêtent :

Art. 1er - Le montant mensuel de l'indemnité prévue à l'article 28 (6°) du décret du 24 février 1984 susvisé est fixé à :
2084 F pour la période allant du 1° mai 2000 au 30 avril 2001 ;
2500 F pour la période allant du 1° mai 2001 au 30 avril 2002 ;
3000 F à compter du 1° mai 2002.
Elle suit l'évolution des traitements de la fonction publique, constatée par le ministre chargé de la santé.
Elle n'est pas soumise à cotisation au régime de retraite complémentaire.

Art. 2 – Cette indemnité est allouée mensuellement par le directeur de l'établissement public de santé dans lequel le praticien est nommé.
Art. 3 – Cette indemnité est accordée aux praticiens hospitaliers nommés à titre permanent, sans préjudice des activités mentionnées aux a, b, d, e et f du deuxième alinéa de l'article 28 du décret du 24 février 1984 susvisé, qui s'engagent, par contrat passé avec le directeur de l'établissement public de santé dans lequel ils sont nommés, à n'exercer aucune activité libérale pendant une durée de trois ans. Ce contrat doit être transmis au préfet de département et peut être renouvelé dans les mêmes conditions.
En cas de dénonciation du contrat avant son terme par le praticien pour exercer une activité libérale, il est procédé au recouvrement du montant de l'indemnité déjà versée au titre du contrat dénoncé.
En cas de cessation des fonctions, le montant de l'indemnité déjà versée au titre du contrat en cours reste acquis au praticien hospitalier.
En cas de changement d'établissement d'affectation en cours de contrat, un nouveau contrat est obligatoirement passé, dans les mêmes formes, entre le praticien et le directeur de l'établissement où il est nommé pour la durée restant à courir.
Le contrat d'engagement de service exclusif doit comprendre au minimum les clauses figurant dans le contrat type annexé au présent arrêté.
Art. 4 - Peuvent bénéficier de cette indemnité dans les conditions prévues à l'article 3 du présent arrêté :
- les praticiens hospitaliers exerçant leurs fonctions conformément aux dispositions de l'article 4 du décret du 24 février 1984 susvisé ;
- les praticiens hospitaliers exerçant leurs fonctions à temps réduit au titre des articles 41-1, 44-1, 44-11 et 74-1 du décret du 24 février 1984 susvisé. Dans ce cas, le montant de l'indemnité est calculé au prorata du temps effectivement travaillé ;
- les praticiens hospitaliers mis à disposition au titre de l'article 46 bis du décret du 24 février 1984 susvisé ;
- les praticiens hospitaliers détachés d'office dans un établissement public de santé au titre de l'article 50 du décret du 24 février 1984 susvisé.

Art. 5 – Le présent arrêté sera publié au Journal Officiel de la République Française.

Fait à Paris, le 8 juin 2000

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Martine AUBRY

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
Laurent FABIUS

La secrétaire d'Etat à la santé
et aux handicapés,
Dominique GILLOT

La secrétaire d'Etat au budget,
Florence PARLY

A N N E X E

CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC EXCLUSIF

Entre :

L'établissement (nom de l'établissement public de santé) représenté par son directeur
et

M…….....(nom et prénom du praticien), demeurant à ……..... (adresse du praticien), nommé praticien hospitalier à titre permanent ou intégré dans le corps des praticiens hospitaliers par arrêté ministériel en date du ……..... ll est convenu ce qui suit :
M……..... s'engage à exercer l'intégralité de ses fonctions hospitalières dans le cadre du service public hospitalier et des actions de coopération qui y concourent.

M……..... s'engage à ne pas exercer d'activité libérale telles que prévue aux articles L 714-30 à L.714-35 du code de la santé publique pour une durée de trois ans à compter du premier jour du mois suivant la signature du présent contrat.
En contrepartie de cet engagement, M…..... percevra, conformément aux dispositions du 6° de L'article 28 du décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié, une indemnité mensuelle d'engagement de service public exclusif dans les conditions prévues par l'arrêté du ……..... En cas de dénonciation du présent contrat avant son terme par le praticien pour exercer une activité libérale, il est procédé au recouvrement du montant de l'indemnité déjà versée au titre du présent contrat.
Le présent contrat prend fin de plein droit si M…..... cesse d'exercer ses fonctions hospitalières.
En cas d'exercice à temps réduit, le montant de l'indemnité sera calculé proportionnellement au temps effectivement travaillé.
Le présente contrat est transmis au préfet du département et peut être renouvelé.

SYNDICAT NATIONAL
DES MEDECINS ANESTHESISTES-REANIMATEURS
DES HOPITAUX NON UNIVERSITAIRES

Mantes-la-Jolie, le 28 avril 2000

COMPTE-RENDU DE LA REUNION RELATIVE AU REPOS DE SECURITE

Ministère de la Santé - Direction des Hôpitaux - Jeudi 27 avril 2000

Nous avons eu le sentiment d'une véritable volonté d'aboutir rapidement sur ce dossier tant de la part de la Direction des Hôpitaux que des Syndicats présents sur le sujet de la mise en application du repos de sécurité.
Après les litanies des différents représentants syndicaux faisant valoir les difficultés que pourraient rencontrer les hôpitaux si l'application du repos de sécurité était mis en œuvre, ce que nous connaissons depuis de nombreuses années, nous avons, pour la première fois réussi à dégager plusieurs points qui pourraient être consensuels.
Tout d'abord en partant de la réglementation en vigueur et en particulier du Code de Santé Publique (article 712), trois groupes de services pourraient être envisagés avec des applications adaptées du repos de sécurité (annexe 1).
De fait, le groupe I constituant les services à hautes contraintes nécessitant un travail continu vingt-quatre heures sur vingt-quatre, permettant d'accueillir tous patients qui se présentent à l'hôpital de façon inopinée et urgente devrait appliquer de façon absolue le repos de sécurité. On note que dans ce groupe se trouve essentiellement les spécialités qui connaissent aujourd'hui des problèmes démographiques de recrutement.
Le groupe III constitue les services à basses contraintes du fait de la possibilité de planifier l'activité hors de la garde avec des appels relativement exceptionnels de nuit. Dans ce cas il n'y aurait pas de repos de sécurité.
Pour le groupe II constituant le reste des spécialités, l'application du repos de sécurité resterait souple, permettant de travailler le lendemain si la garde a été légère et imposant le repos de sécurité si la garde a été lourde. Reste à déterminer le seuil d'application du repos de sécurité dans ce cas ; nous avons proposé de retenir la durée de quatre heures existant dans la réglementation actuelle relative au statut des gardes et astreintes.
Il a été rappelé que la difficulté du service de garde est liée d'une part à l'importance de l'activité qui est variable d'un établissement à l'autre et d'autre part aux effectifs existants. Il semble admis tant au niveau de l'Administration que des Représentants des Syndicats qu'une liste de garde ne peut être envisagée qu'avec un pool de huit médecins.
Pour atteindre le pool de huit médecins, il sera nécessaire si l'effectif est insuffisant localement d'envisager des renforts inter-hospitaliers dont les A.R.H. devraient être les promoteurs et un redéploiement des équipes en suffisance voire en surnombre. Ce dernier point nécessite une volonté forte de l'Administration pour évaluer qui fait quoi et en particulier de vérifier si chaque praticien hospitalier répond à l'exigence minimum d'une garde par semaine, un dimanche ou jour férié par mois et d'imposer à ceux qui sont au-dessous de ce quota de prendre des gardes dans les hôpitaux voisins. On ne peut continuer à admettre que pour des raisons hiérarchiques ou universitaires un praticien hospitalier quel qu'il soit puisse être exempté du service de garde.
Malgré tout si ce point devait être pris en compte, il nous semble important de préciser à partir de quelle limite d'âge le nombre de gardes peut être réduit ou exempté.
Dans ce nouveau découpage, il faut également prendre en compte la perte significative de salaire que pourrait avoir le premier groupe si le complément pécuniaire de la garde devait disparaître. Nous insistons sur la nécessité d'envisager des mesures d'accompagnement social afin que ceux qui sont dans des activités contraignantes du premier groupe ne soit pas pénalisé.
L'ensemble de ces propositions nous semble acceptable pour continuer les négociations et poursuivre les discussions sur l'organisation du temps de travail des médecins hospitaliers.
De fait, nous avons abordé les prémices de cette organisation qui nécessiterait d'envisager des modes de fonctionnement suffisamment souple pour permettre une planification médicale avec des effectifs adaptés.
Nous sommes partisans de partir sur une base fixant un quota d'heures annuel par praticien à partir de cycles de travail par quatorzaine sur des programmes journaliers de 6, 8 ou
12 heures. Chaque service, chaque établissement, chaque spécialité pouvant s'organiser en fonction des demandes. Cette procédure permettrait de laisser suffisamment de souplesse pour les établissements à charge pour les chefs de service d'organiser au mieux la continuité des soins.
Une réunion est prévue le 9 mai 2000 pour revoir ces différents points. Toutes contributions à ce travail sont bienvenue et nous nous chargerons de les transmettre. Si les discussions n'aboutissaient pas le 9 mai, une autre réunion est prévue le 12 mai de sorte que la mise en application soit encadrée dès le mois de juin.
En ce qui concerne notre action du 15 au 19 mai 2000, il nous semble important de la maintenir de sorte que les difficultés qui remontraient au niveau de l'évaluation faite par le Syndicat servent d'éléments de discussion pour l'avenir.
Au cours de la réunion le Président du S.N.P.H.A.R. représentant par ailleurs l'I.N.P.H. se joindra à cette action pour qu'elle ait une portée nationale.

COMMUNIQUE DE PRESSE

COMPTE-RENDU DE LA REUNION RELATIVE AU REPOS DE SECURITE

Ministère de la Santé - Direction des Hôpitaux - mardi 9 mai 2000

Les discussions relatives au repos de sécurité se sont déroulées dans une ambiance tendue pour essayer d'aboutir à un cadre de mise en application de ce principe de précaution.
La reconnaissance de trois groupes de service a été maintenue pour servir de base de discussions :

- Le groupe I, services relevant essentiellement de l'urgence, soumis à un agrément des Agences Régionales d'Hospitalisation tous les cinq ans, obligation de service public 24 h/24 en continu déterminent automatiquement la nécessité de mise en place de gardes sur place avec repos de sécurité le lendemain de la garde. On considère que ces secteurs d'activité sont particulièrement contraignants, inscrits dans les SROSS et participent à la réorganisation de la carte sanitaire.
- Le groupe III constitué d'astreintes ne donne aucun droit au repos de sécurité.
- Le groupe II, intermédiaire constituant tous les autres services sera soumis à évaluation en fonction de l'activité de garde dont le seuil d'activité fixé à 3 heures entraîne le repos de sécurité obligatoire. En-deça de ce temps de travail, aucune obligation ne serait imposée.

Si ce cadre nous satisfait, il n'en reste pas moins que les anesthésistes-réanimateurs considèrent que la pénibilité de leur activité impose de les considérer exclusivement dans le groupe I et n'accepteront pas de sous-classement sous quelque forme que ce soit. Nous considérons que la reconnaissance de la pénibilité et les discussions que nous aurons ultérieurement sur l'aménagement du temps de travail imposent de rendre obligatoire dans les services d'anesthésie-réanimation le repos de sécurité du lendemain de garde quelque soit le lieu où il s'exerce.

Devant le danger de voir dénaturer les discussions et les engagements avec le Ministère sur ce point, nous maintenons notre mouvement d'expérimentation dans toute la France dans la semaine du 13 au 19 mai 2000 où nous appliquerons le repos de sécurité du lendemain de garde et nous vous invitons à la conférence de presse du jeudi 11 mai à 11 heures dans les locaux du S.N.A.R.F. - 185 rue St-Maur - 75010 Paris - Code d'entrée 94 A 20.

COMPTE-RENDU DE LA REUNION RELATIVE AU REPOS DE SECURITE

Ministère de la Santé - Direction des Hôpitaux - vendredi 12 mai 2000

Surpris mais satisfaits par la rapidité des propositions faites par la Direction des Hôpitaux qui intègre la mise en place du repos de sécurité dans l'arrêté de février 1973 régissant le service de garde à l'hôpital.
Si les services d'anesthésie-réanimation peuvent s'organiser en service continu de jour et de nuit, il nous paraît néanmoins nécessaire de se référer à la loi Aubry et ne pas excéder une durée hebdomadaire de 46 heures en moyenne sur quatre mois. Dans ces services, le repos de sécurité est obligatoire avec cessation totale d'activité.
Nous considérons que cette cessation d'activité est déduite du temps de travail.
Nous demandons par ailleurs que des modifications de fonctionnement de service, compte tenu des contraintes spécifiques locales ne soient effectuées que pour des services dont l'ensemble des membres sont volontaires et intègrent cette demande dans leur projet de service.
Nous demandons par ailleurs d'annexer une mesure à caractère social, relevant de l'article 9 : les praticiens à partir de 50 ans peuvent demander de ne pas exercer plus que le nombre de gardes fixé par la réglementation en vigueur (gardes sur place : 1 par semaine, 1 jour de dimanche ou férié par mois). et à partir de 55 ans de pouvoir demander une réduction du nombre de gardes avec un minimum de trois gardes par mois.
Nous sommes prêts à accepter la mise en application progressive de ces dispositions à condition quelles soient rendues obligatoires dans tous les établissements publics dans un délai de trois ans.
Nous espérons que la prochaine réunion du 29 mai permettra d'aboutir sur ce dossier que tous les anesthésistes-réanimateurs en France attendent depuis de nombreuses années.
L'expérimentation du 15 au 19 mai 2000 doit servir de test grandeur nature mettant en évidence la faisabilité de cette application dans le respect du bon fonctionnement des établissements publics.

COMMUNIQUE DE PRESSE

COMPTE-RENDU DE LA REUNION RELATIVE AU REPOS DE SECURITE

Ministère de la Santé - Direction des Hôpitaux - lundi 29 mai 2000

Nous sommes sortis amères de cette réunion au cours de laquelle les difficultés de mise en application apparaissent si la réorganisation de la carte sanitaire n'est pas revue, si l'on refuse la réorganisation des plateaux techniques, si l'on n'accepte pas la mutualisation des moyens inter-hospitalières.

Nous regrettons que des Fédérations Syndicales ne voient pas l'avancée sociale que représente ces mesures du repos de sécurité et l'amélioration des conditions de sécurité des patients pris en charge.

C'est une véritable politique de solidarité inter-hospitalière qui permettra de faire aboutir ce projet réclamé avec force par les médecins anesthésistes-réanimateurs.

Certes, nous convenons que l'inscription du repos de sécurité dans l'arrêté de 1973 qui régit les gardes et astreintes engage les discussions sur l'aménagement du temps de travail médical pour lequel nous souhaitons entreprendre des discussions le plus tôt possible. Nos collègues des établissements privés à but non lucratif ont déjà signé leur protocole d'accord, l'hôpital public ne pourra pas en être écarté.

Nous regrettons le maintien d'une injustice majeure entre les praticiens qui sont contraints de prendre des gardes et ceux qui se permettent de s'exempter du fait de leur pouvoir de décisions. Le refus de voir inscrire une mesure sociale qui permettrait à ceux de plus de 50 ans de voir leur charge réduite est inadmissible.

C'est pour ces raisons que le SNMARHNU a demandé aux pouvoirs publics une application immédiate du repos de sécurité pour la profession d'anesthésiste-réanimateur chirurgical.

Nous restons vigilants dans l'attente de cette réponse et sommes prêts à reprendre une expérimentation sur l'ensemble de la France du repos de sécurité dans tous les établissements.

RETOUR SUR L'EXPÉRIMENTATION

"mise en place du repos de sécurité" du 14/05 au 19/05

Le mode d'emploi de l'application du repos de sécurité par le SNMARHNU avait été largement diffusé. Communiqués de presse, conférence de presse, déclaration aux différentes radios, et journaux nationaux, jamais le SNMARHNU n'avait mené une telle campagne. Initiateurs de l'action, nous avons été rejoints par le SNPHAR et soutenus par la CHG et l'INPH.

Sur place, les choses se sont passées plutôt bien, grâce à la diminution de l'activité entraînée par le mouvement des IADE. De nombreux services ont pu appliquer "expérimentalement" le RS. Ailleurs les choses se sont moins bien passées :

ß Soit les chirurgiens exerçaient une pression pas amicale du tout sur les anesthésistes pour combattre "la désorganisation des blocs opératoires" ;

ß Soit les directions menaçaient les anesthésistes arguant du caractère illégal du mouvement et de l'absence de texte officiel sur le RS (!).

Nous vivons dans un monde ubuesque, où des déclarations excessives sur certains sujets relatifs à la santé publique, où la multiplication de "vigilances" de toutes sortes peuvent laisser croire que la sécurité sera devenue la préoccupation obsessionnelle du secrétariat d'Etat à la Santé. Que nenni ! Dès qu'un "principe de précaution" de base est évoqué, comme le repos de sécurité pour les spécialités à fortes contraintes (dont l'anesthésie-réanimation), le corps technocratique se rétracte. Voyant venir le spectre qui hante l'hospitalisation publique à savoir la restructuration administrative, il se voit prit d'une langueur et balbutie. La publication de l'arrêté sera une chose! Son application en sera une autre. Elle nécessitera la répétition des semaines d'expérimentation, la mise en place d'un observatoire, et l'action syndicale prolongée.

ANALYSE DE L'EXPERIMENTATION
SUR LE REPOS DE SECURITE DU 15 AU 16 MAI 2000
PAR LES MEDECINS ANESTHESISTES-REANIMATEURS

Dans l'ensemble, la proposition d'expérimentation a été bien accueillie par les service d'anesthésie qui ont bien compris l'avancée sociale considérable que représentait le repos de sécurité ainsi que l'amélioration de la sécurité des patients anesthésiés.

À ce jour, trois commentaires peuvent laisser entrevoir les difficultés de mise en application qui pourraient apparaître :

1. Tous les services qui ont un pool de médecins de garde, inférieur à huit, sont en grande difficulté pour sa mise en application, même lorsqu'ils ont eu la volonté de faire l'expérimentation. À partir de huit, les établissements qui ont bénéficié du repos de sécurité reconnaissent que la fermeture, d'un certain nombre de salles de blocs opératoires due à la grève des infirmiers anesthésistes, avait grandement facilité la mise en place de cette procédure.

2. Les réactions, parfois violentes, de chirurgiens contraints de revoir leur planification ou inquiets sur les modifications d'organisation des blocs opératoires ont révélé l'inquiétude des intervenants des plateaux techniques et prennent progressivement une position de résistance au changement.

3. Les réquisitions et les pressions importantes exercées sur les chefs de service d'anesthésie par des Directeurs traduisent leurs craintes d'affronter les difficultés de mise en application liées aux insuffisances des effectifs pour assurer les gardes et de ne pas avoir les moyens budgétaires pour financer cette réforme.

À signaler la réaction d'une DRASS qui rappelait que l'expérimentation était illégale mais reconnaissait le principe de précaution.

Cette expérimentation met en évidence trois exigences incontournables :

1. **Réorganisation des plateaux techniques en interne à partir du travail réel :** une salle de bloc opératoire n'est rentable qu'à partir du moment où elle travaille **un minimum de cinq heures par jour.** Dans le cas contraire, l'inflation de salles doit nécessiter des fermetures.

2. **Mutualisation des moyens inter-hospitaliers :** on ne peut considérer qu'une liste de garde est opérationnelle qu'à partir du moment où l'on a créé un **pool de huit médecins.** Tous les sites en dessous de ce seuil nécessitent des renforts venant d'hôpitaux publics ou privés voisins pouvant être associés à une incitation particulière.

3. **Redéploiement des équipes médicales :** aucun médecin ne pouvant être exempté de la garde, il devient urgent d'évaluer "qui fait quoi" et d'obliger les équipes en surnombre ou les praticiens ne font pas ou peu de gardes à renforcer les secteurs voisins. Cette mesure devrait être facilitée par les incitations budgétaires multi-sites et une réelle volonté des tutelles d'évaluer les charges de travail.

Le S.N.M.A.R.H.N.U. est décidé à refaire cette expérimentation sur une période plus longues dans les mois à venir considérant que cette demande sécuritaire est nécessaire et légitime.

Nous espérons que la réunion avec la **Direction des Hôpitaux le 29 mai 2000** permettra d'aboutir sur ce dossier que les médecins anesthésistes-réanimateurs ne sont pas prêts d'abandonner.

Docteur Michel VIGNIER

LE MOT DU PRESIDENT
LE COMBAT CONTINUE

Certes les textes réglementaires concernant les réévaluations d'échelons, et ceux qui réglementent la prime d'exercice d'activité publique exclusive sont sortis. Mais de nombreux éléments du protocole restent encore à l'état de discussion, que ce soit la prime multi-établissement, et surtout, en ce qui nous concerne le repos de sécurité et sa circulaire d'application, et les primes destinées aux postes à forte contrainte.

Notre récente expérimentation concernant le repos de sécurité nous a montré combien la situation était complexe mais sa mise en place impérieuse : cette légitime demande est seule capable, à défaut d'un statut différent pour les professions à lourdes contraintes de gardes, d'inciter certains de nos jeunes confrères à opter pour la spécialité. Même si sa mise en place se heurte à de réelles difficultés d'organisation, elle a le mérite de mettre chacun face à ses responsabilités en posant les vrais problèmes : la circulaire de bloc opératoire est-elle appliquée ? le nombre de praticiens est-il suffisant ? l'organisation du service est-elle efficace ? Nous sommes à la fois "le poil à gratter" et le révélateur de maints dysfonctionnements hospitaliers. Nous ne devons pas lâcher prise sur ce sujet, il en va de notre survie et de notre crédibilité.

Activités à fortes contraintes et zones à condition d'exercice difficile…voilà bien résumé pour notre discipline un problème brûlant. Or, la prime qui se rattache à ces modalités d'exercice voit ses critères d'attribution encore en cours de discussion. Comme l'ont dit certains des interlocuteurs, il faudrait que cette incitation soit vraiment très forte pour que les collègues cessent très naturellement de choisir des postes dans des zones "héliotropiquement" favorables, dans les grands C.H.U. bien dotés ou dans les métropoles de grosse taille, situées en régions économiquement dynamiques. Ne nous voilons pas la face, les inégalités existent et perdurent, et majoritairement, au détriment des hôpitaux non-universitaires.

Notre syndicat est devenu depuis quelques mois le fer de lance de l'action au sein de la profession et des inter-syndicales, une jeune équipe se met en place pour maintenir le dynamisme et la force de percussion de notre organisation, et en prendra la direction. La vie du syndicat passe par du sang neuf tout autant que par la conviction et l'engagement. Place aux jeunes, et afin que vive le syndicat, persévérance, acharnement, combativité et unité doivent être nos maitres-mots.
Rendez-vous avec votre nouvelle équipe à l'assemblée générale du mois de septembre, bonnes vacances.

Docteur J.C.DUCREUX
Président du S.N.M.A.R.H.N.U.

ANALYSE SUR LE TEXTE CONCERNANT LA PRIME ATTRIBUEE AUX POSTES DIFFICILES

Un certain nombre de règles générales ont été retenues par le ministère :

- critère qualitatif tel que nombre insuffisant de praticiens, ne permettant pas d'établir un tableau de garde,
- critère géographique : éloignement d'un grand C.H. ou C.H.U.,
- critère de discipline (cet élément n'est pas admis par tous),
- critère de non-occupation du poste depuis 2 tours de recrutements
- critère de reconnaissance de la pertinence des postes dans le cadre des S.R.O.S.S.,

Modalités d'attribution :

- demande de l'établissement, après avis de C.M.E. avec classement par le D.A.R.H. de ce poste comme difficile pour une durée de 3 ans, renouvelable (le bénéfice de ce classement restant acquis pour une durée de 5 ans au praticien occupant ou venant occuper ce poste difficile).

Modalités de rémunération :

- avancement d'échelon (gain de 2 ans)
- allocation de prise de fonction de (36 000 Frs ?), ou versement d'une prime mensuelle.

Remarques :
Nous avons proposé pour notre part : que l'indemnité devrait être versée mensuellement, non sécable, concernant aussi bien les praticiens en place que ceux qui viendraient occuper les postes vacants par souci d'équité, et qu'elle devrait être attribuée pour un minimum de 5 ans.
Nous avons mis en avant comme critère de pénibilité qu'elle devrait être attribuée aux disciplines pour lesquelles le nombre de gardes sur le site est supérieur à ce qui est prévu dans les textes réglementaires, en particulier dans les établissements dotés d'une maternité reconnue. Cas particuliers de l'anesthésie : le ratio nombre d'opérateurs pour nombre d'anesthésistes.
Le débat reste ouvert sur le priorité donnée à la mutation, au bout de 3 ans, des praticiens qui choisiraient des postes difficiles.
Nous n'avons pas encore reçu les dernières propositions de texte du ministère.

Siemens Film

L'amélioration de la prise en charge du patient au bloc opératoire ainsi que celle des conditions de travail des médecins anesthésistes-réanimateurs au bloc opératoire passent par une réflexion sur l'organisation et le fonctionnement de ces structures. Nous ouvrons le débat par la publication de la version définitive de la Circulaire relative aux Conseils de Blocs Opératoires, puis par un texte de M. le Professeur M. Fischler sur les indicateurs de fonctionnement à prendre en compte pour une optimisation de l'organisation du B.O., et enfin par nos positions résumées par le Dr M. Vignier. Poursuivons le débat dans les prochains numéros de la Lettre Syndicale.

Méthodologie pour maîtriser l'occupation optimale du bloc opératoire

Marc Fischler
Service d'Anesthésie, Hôpital Foch, 92150 Suresnes

1. Les indicateurs d'activité du bloc opératoire

La fréquente sous-occupation des blocs opératoires contraste avec l'importance de leur coût qui représente environ 10 % du budget d'un établissement. Le coût de fonctionnement d'un bloc opératoire "sans opéré" peut être approché. En effet, les salaires des personnels infirmiers (IADE et IBODE, aide-soignant, brancardier) représentent environ 1500 francs par heure[1]. Un calcul plus précis, incluant l'ensemble des coûts (administration, nettoyage,...), effectué au Stanford University Medical Center, aboutit à un coût de 2600 francs par heure[2]. A ces coûts doivent être ajoutés les salaires médicaux.

La CNAM avait mis en évidence en 1992 qu'en moyenne 9 patients étaient opérés chaque jour par secteur opératoire (unité comprenant de 1 à n blocs opératoires), ce qui correspond à une moyenne de 2 interventions par salle d'opération. Le secteur privé apparaissait légèrement plus organisé que le secteur public : 2,5 interventions par bloc opératoire et par jour dans le secteur privé à but lucratif, 1,2 dans les hôpitaux publics. On ne dispose pas d'informations plus récentes concernant la situation en France qui prennent en compte les restructurations et les modifications d'activité rapportées par l'enquête "3 jours" menée par la SFAR.

L'activité du bloc opératoire peut être définie grâce à plusieurs indices. La liste qui suit n'est bien sûr pas exhaustive et doit comprendre des indices spécifiques pour la prise en charge des urgences :

- indicateurs positifs : nombre de patients opérés et d'heures utilisées, nombre de K.C. produits, nombre de K.ARE. produits, nombre de points ISA produits. Le taux d'occupation des salles d'opération est un des critères les plus fréquemment utilisés avec des taux publiés compris entre 40 et 70%[3-5] ; un taux d'occupation cible de 100%, "rève du gestionnaire", est loin d'être réaliste sauf dans une structure où ne seraient pratiquées que des interventions répétitives de durée parfaitement prévisibles ("usine à cataractes"). Il semble admis que le taux d'occupation "idéal" pour un bloc opératoire multidisciplinaire soit de l'ordre de 80 à 85% pour permettre de conserver une certaine flexibilité de fonctionnement, l'accroissement du bloc opératoire doit être envisagé si ce taux est dépassé (Chicago Hospital Council Project). Il importe de bien définir le taux d'occupation : il doit correspondre au rapport entre le nombre d'heures disponibles (salles d'opération + personnels) pour les interventions chirurgicales et le nombre total d'heures utilisées (anesthésie, chirurgie, remise en état, changement de patient).
- indicateurs négatifs : interventions reportées, délais au démarrage, perte de temps lors des enchaînements, dépassements d'horaires. Les pertes de temps sont souvent avancées par les chirurgiens pour justifier les dépassements des durées des programmes opératoires qui ont des effets en cascade : heures supplémentaires, dysfonctionnements d'autres structures (salle de surveillance post-interventionnelle, radiologie, laboratoire, ...). L'attention est portée généralement sur les "pertes de temps anesthésiques", conduisant à proposer l'utilisation de salles d'induction ou un réveil systématique des opérés en salle de surveillance post-interventionnelle. Il s'agit de solutions faussement économiques car elles réduisent le temps anesthésique au prix d'un accroissement des coûts de personnel. Par ailleurs, il a été démontré que le

nombre d'interventions pouvant être réalisées durant une journée opératoire ne peut être augmenté si le gain de temps ne porte que sur le temps anesthésique6.Enfin, il n'est pas nécessaire d'accélérer le programme opératoire si ceci nécessite d'employer plus de personnel et que ce personnel reste inactif lorsque le programme opératoire est fini. La productivité d'un bloc opératoire peut être définie par le rapport entre la somme des durées des interventions chirurgicales réalisées et celle des heures de travail disponibles (temps de présence des personnels du bloc opératoire) ou des ratio type KC/francs (rapport entre le nombre de KC effectués et le coût de fonctionnement du bloc opératoire).

La production de ces indices, notamment des indices négatifs, nécessite que chaque étape du processus opératoire soit suivie, au mieux en temps réel. En effet, la simple saisie des heures de début et fin d'anesthésie ne permet qu'une analyse "macroscopique" de l'activité du bloc opératoire et de ses sous-unités alors que la saisie de chacun des temps d'une journée opératoire permet une analyse fine du temps utilisé et du temps "perdu" par chacun des groupes professionnels [7,8].

La saisie des indicateurs d'activité apparaît parfois comme une perte de temps, la communication et la discussion des résultats donnant au contraire l'aspect très positif d'un "retour sur investissement" : publication de la charge de travail, réunion périodique permettant de diffuser l'évolution de certains indicateurs et de mettre en place des études complémentaires si nécessaire, réunion préalable à l'introduction d'une nouvelle technique anesthésique ou chirurgicale. Les informations échangées au cours de ces réunions doivent être écrites et diffusées.

Quel que soit le schéma de fonctionnement du bloc opératoire (bloc commun ou "faussement commun", bloc par spécialité, demi-journées ou journées opératoires affectées à titre systématique, réservation de créneaux horaires en fonction des programmes...), la programmation des interventions est l'élément déterminant du fonctionnement du bloc opératoire dans la mesure où le "temps chirurgical" représente la majeure partie (45 à 85% suivant les spécialités chirurgicales représentées) du temps d'occupation du bloc opératoire[6].

2. La constitution du programme opératoire

La programmation patient par patient, identique à la réservation hôtelière, s'oppose à la réservation de plages horaires pour des services (ou des opérateurs) avec une programmation simplement limitée par les horaires du bloc opératoire. C'est ce dernier mode de gestion qui est la règle dans le monde hospitalier. Quelques règles, qui doivent figurer dans la charte de fonctionnement du bloc opératoire établie sous l'impulsion du Comité des bloc opératoires, permettent d'adapter la programmation de manière simple : date limite de programmation à J-x, analyse bihebdomadaire des programmes (validation des programmes proposés ou modification de ceux-ci), redistribution des plages horaires non ou mal utilisées à J-x, traitement des urgences par des équipes spécifiques. Ces règles doivent prendre en compte les modalités réglementaires de la consultation d'anesthésie qui doit être réalisée "plusieurs" jours avant une intervention programmée. Par ailleurs, l'administration doit participer à l'élaboration de ces règles avec les différents groupes (opérateurs, anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire) puisqu'il s'agit d'une répartition des moyens d'un plateau technique.
Vouloir une programmation plus précise nécessite de connaître pour chaque intervention trois éléments :
- durée de la prise en charge anesthésique : elle dépend du mode d'anesthésie et des moyens de surveillance nécessaires qui sont définis lors de la consultation d'anesthésie.
- durée de la prise en charge chirurgicale : les opérateurs sous-estiment fréquemment la durée de leurs interventions avec un pourcentage d'erreur compris entre 24 et 44% du temps opératoire[9]. L'utilisation d'une base de données historiques facilite l'évaluation du temps opératoire, mais la distribution de la plupart des durées d'intervention ayant une répartition non gaussienne, il est recommandé d'utiliser la médiane des durées des 10 ou mieux des 39 dernières interventions en enlevant la plus courte et la plus longue de celles-ci[10]. Certains auteurs préconisent l'utilisation de modèles statistiques plus complexes[11-13]. In fine, l'opérateur doit pondérer les données issues des bases de données historiques pour que soient pris en compte le carac-

tère réglé ou non de l'intervention, sa difficulté prévisible, la qualité de l'aide opératoire,...
- durées nécessaires à la remise en état de la salle d'opération et au changement de patient : elles dépendent des protocoles mis en place et peuvent être, de ce fait, standardisées.

Connaître les durées nécessaires à l'anesthésie, la chirurgie et à la remise en état de la salle d'opération permet d'utiliser un logiciel de programmation dont il existe de nombreuses versions, Surgiserver et Orbit se partageant une grande partie du marché nord-américain. Par ailleurs ces logiciels permettent le suivi en temps réel de l'activité (identification des goulots d'étranglement et des actions ayant une durée très variable et devant donc être analysées) et la production d'éléments statistiques.
La programmation devient un élément capital lorsqu'il existe un recrutement variable dans le temps et qu'il est nécessaire d'intégrer de nouvelles techniques.

Enfin, un programme opératoire "rigide" ne se conçoit que si les interventions urgentes sont réalisées totalement indépendamment par des personnels et dans des locaux spécifiques, dont le dimensionnement doit être calculé pour répondre aux besoins. Cette question est particulièrement importante pour les établissements comprenant un SAU. Séparer programme et urgence nécessite un investissement important mais permet de réduire les interventions pratiquées en dehors des horaires diurnes de fonctionnement et donc le personnel de garde. Une telle expérience a été rapportée : le pourcentage des interventions urgentes réalisées entre minuit et 8 heures est passé de 32 à 11%, aucune intervention n'ayant été réalisée après minuit dans 70% des cas[14].
Dès qu'un secteur opératoire regroupe un nombre important de salles d'opération ou l'activité de plusieurs services chirurgicaux, il est indispensable qu'une personne soit chargée de coordonner l'activité du bloc opératoire. La notion de "responsable de l'organisation du secteur opératoire" était avancée dans l'article D. 712-42 du Décret du 5 décembre 1994 concernant l'élaboration du programme opératoire. Dans certaines structures particulièrement complexes, il peut être nécessaire de faire appel à un spécialiste en organisation pour bousculer les "vaches sacrées".

Références

1. Ricketts D, Hartley J, Patterson M, Harries W, Hitchin D. An orthopaedic theatre timings survey. Ann R Coll Surg Engl, 76:200-4, 1994.

2. Dexter F, Macario A. Applications of information systems to operating room scheduling. Anesthesiology, 85:1232-4, 1996.

3. Haiart DC, Paul AB, Griffiths JM. An audit of the usage of operating theatre time in a peripheral teaching surgical unit. Postgrad Med J, 66:612-5, 1990.

4. McQuarrie DG. Limits to efficient operating room scheduling. Lessons from computer-use models. Arch Surg, 116:1065-71, 1981.

5. Barr A et al. Use of operating theatres. BMJ, 285:1059-61, 1982.

6. Dexter F, Coffin S, Tinker JH. Decreases in anesthesia-controlled time cannot permit one additional surgical operation to be reliably scheduled during the workday. Anesth Analg, 81:1263-8, 1995.

7. Mazzei WJ. Operating room start times and turnover times in a university hospital. J Clin Anesth, 6:405-8, 1994.

8. Overdyk FJ, Harvey SC, Fishman RL, Shippey F. Successful strategies for improving operating room efficiency at academic institutions. Anesth Analg, 86:896-906, 1998.

9. Wright IH, Kooperberg C, Bonar BA, Bashein G. Statistical modeling to predict elective surgery time. Comparison with a computer scheduling system and surgeon-provided estimates. Anesthesiology, 85:1235-45, 1996.

10. Dexter F. Application of prediction levels to operating room scheduling. AORN J, 63:607-15, 1996.

11. Dexter F, Macario A, Lubarsky DA, Burns DD. Statistical method to evaluate management strategies to decrease variability in operating room utilization: application of linear statistical modeling and Monte Carlo simulation to operating room management. Anesthesiology, 91:262-74, 1999.

12. Dexter F, Macario A. Decrease in case duration required to complete an additional case during regularly scheduled hours in an operating room suite: a computer simulation study. Anesth Analg, 88:72-6, 1999.

13. Zhou J, Dexter F. Method to assist in the scheduling of add-on surgical cases-upper prediction bounds for surgical case durations based on the log-normal distribution. Anesthesiology, 89:1228-32, 1998.

14. Corner NB, Nicholson ML, Doran J. Morning emergency operating list: effects of implementation. Ann R Coll Surg Engl, 75:201-4, 1993.

DIRECTION DES HOPITAUX
Sous-direction des personnels
de la fonction publique hospitalière

Paris, le

LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE
ET A L'ACTION SOCIALE

A

MADAME ET MESSIEURS LES PREFETS DE REGION
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
- Pour information et mise en œuvre -

MESDAMES ET MESSIEURS LES PREFETS DE DEPARTEMENT
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
- Pour information -

MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS D'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
- Pour information -

Circulaire DH/FH/n° 2000 - 264 du 19/05/2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé

Date d'application : Immédiate.

Résumé : Mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé

Mot clé : Conseil de bloc opératoire

Texte de référence :
- Décret n° 92-272 du 26 mars 1992
- Décret n' 94-1050 du 5 décembre 1994
- Circulaire DGS-SPI-SO/DH-EO-AF/n° 98-647 du 17 novembre 1998
- Circulaire DGS-SPI-SQ/DH-EO-AF2/n° 99-627 du 16 novembre 1999

La conférence nationale de santé a identifié en 1996 dix priorités qui ont été adoptées par le parlement à l'occasion du vote de la loi de financement de la sécurité sociale. En 1997 et 1998, plusieurs d'entre elles ont été étudiées dont certaines concernent directement l'hôpital.
La circulaire du 17 novembre 1998 fixant les priorités en matière de santé publique et d'organisation des soins à prendre en compte dans le cadre de la préparation budgétaire pour 1999 des établissements de santé financés par dotation globale a inscrit notamment, la sécurité anesthésique. Elle demande en particulier aux établissements de bien vouloir s'assurer que la planification du tableau opératoire prévu par l'article D-712-42 du décret suscité soit effectuée dans chaque établissement et qu'à cette fin, "sous l'égide de la CME, un conseil de bloc opératoire dont le rôle est de faciliter l'organisation harmonieuse du bloc opératoire et qui comprendra au minimum un chirurgien, un anesthésiste, un cadre infirmier et un cadre infirmier anesthésiste, s'il existe" soit constitué. De même, la circulaire du 16 novembre 1999 fixe notamment, dans le cadre de la préparation budgétaire pour 2000, comme priorité de la politique d'organisation des soins hospitaliers, la mise en place des conseils de bloc opératoire.

Le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 - article D. 712-42 demande "que le tableau fixant le programme opératoire soit établi par les médecins réalisant les interventions, les médecins anesthésistes réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire"
Cette mesure, me semblant inégalement appliquée, la présente circulaire a pour objet d'en rappeler le caractère essentiel pour le bon fonctionnement des blocs opératoires et d'en préciser les modalités de mise en place.
Chaque établissement public de santé doit posséder en son sein au moins, un conseil de bloc opératoire (un par bloc existant ou par service ou département si les blocs sont constitués en service ou département).
Cette disposition ne s'entend toutefois que, comme étant une étape nécessaire **devant favoriser un regroupement des sites opératoires.**

Le directeur arrête la composition nominative du Conseil de bloc opératoire. Celui-ci doit comprendre au minimum :
- 1 chirurgien intervenant au niveau du bloc opératoire et un médecin anesthésiste réanimateur désignés sur proposition de la CME ;
- le responsable de l'organisation du secteur opératoire : ce responsable pouvant être le cadre de santé infirmier, surveillant chef s'il existe ou un cadre de santé infirmier surveillant ;
- le cadre de santé infirmier anesthésiste diplômé d'État s'il existe ou un cadre de santé infirmier de bloc opératoire désigné sur proposition de l'infirmier général, directeur du service de soins infirmier ou sur proposition de la sage-femme coordinatrice pour les personnels de blocs obstétricaux.
- le responsable du CLIN ou son représentant y participent en tant que besoin.

Les membres sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable.
Le président du Conseil du bloc opératoire est le responsable de l'organisation du secteur opératoire.
Cette instance doit se réunir au moins une fois par mois sur convocation de son président et **établir par période hebdomadaire le planning d'occupation des salles d'opérations.** D'autres membres peuvent être invités à titre d'experts selon l'ordre du jour.

Les missions du conseil de bloc opératoire doivent permettre la mise en place d'une organisation rationnelle du travail en tenant compte des moyens humains et matériels de la réglementation relative au temps de travail, à l'exercice professionnel et, aux règles de sécurité sanitaire et anesthésique.

Le bilan des actions entrepris entre décembre 94 et décembre 1997 a montré que des efforts importants restent à accomplir tant en terme de regroupement de sites opératoires et de gestion des blocs opératoires.
Cette mesure devrait permettre d'accélerer et de rationaliser les actions à mener dans ces domaines.
Les missions du Conseil de bloc opératoire portent notamment sur :
a) la programmation du tableau opératoire en tenant compte :
- des moyens en personnels
- des règles de sécurité anesthésique
- du type d'intervention (risque septique, âge des patients) et des caractéristiques des patients
en liaison, notamment, avec les services de consultations, le service de chirurgie ambulatoire, les services de réanimation, les secteurs d'hospitalisation.
b) la résolution des dysfonctionnements dans les établissements publics de santé
c) la mise en place des protocoles d'hygiène et la validation des protocoles thérapeutiques spécifiques au bloc opératoires
d) la rédaction d'une charte de fonctionnement et d'organisation interne du bloc opératoire
e) la proposition d'actions de formation continue médicale et paramédicale en lien avec l'évolution des techniques, de la technologie et des besoins en compétences, et des objectifs de développement de l'établissement.

Chaque année, le conseil de bloc opératoire établit un rapport d'activité du bloc opératoire et le transmet à la CME. Vous voudrez bien me rendre compte sous le présent timbre des difficultés que vous pourriez rencontrer pour l'application de la présente circulaire.

Pour la Ministre et la Secrétaire d'Etat et par délégation
Le directeur des hôpitaux E. Couty

COMBIEN FAUT-IL DE MÈDECINS
dans un service d'anesthÈsie-rÈanimation chirurgicale ?

A cette question récurrente, on a toujours cherché à donner des réponses à partir d'éléments cliniques donnant des informations à profusion et à croisement multiple rendant l'interprétation complexe et inexploitable.

En s'attachant à la pratique du bon sens quotidien et aux expériences des pays européens, notre Syndicat propose quatre critères simples d'évaluation des services d'anesthésie permettant d'apprécier collectivement la charge de travail et l'effectif adéquat.

I. Critère d'activité du service

Nombre d'actes d'anesthésie/équivalent temps plein/an

Le nombre d'actes d'anesthésie par équivalent temps plein par an permet de se référer à la moyenne des services d'anesthésie européens qui correspond à 700 actes d'anesthésies ETP par an.
Plus l'activité dépasse ce seuil, plus la charge de travail est importante pour un effectif de médecins anesthésistes insuffisant.
Lorsqu'on est inférieur à ce seuil, on peut considérer soit que le service est en sureffectif soit qu'il s'agit d'un service de spécialité ayant des interventions longues mais peu nombreuses (ex : chirurgie cardiaque).

II. Rapport d'efficience

Nombre d'anesthésistes/nombre de chirurgiens

Jusqu'au rapport de 1 pour 2,5 on peut considérer comme raisonnable qu'un médecin anesthésiste puisse travailler sur deux salles de bloc opératoire contiguës avec une infirmière anesthésiste diplômée d'état dans chaque salle (à l'exception des patients ASA III et IV, de la chirurgie pédiatrique et de la chirurgie lourde posant des problèmes de réanimation per-opératoire majeurs).
Lorsque ce référent est supérieur à 1 pour 2,5 la proportion de médecins anesthésistes ne permet pas de travailler sur plusieurs salles dans le respect de la bonne pratique clinique et de la sécurité des patients.

III. Effectif du département d'anesthésie-réanimation

Nombre de sites équivalents temps plein d'anesthésies par jour + 35 %

Un site équivalent temps plein d'anesthésie est un lieu occupé pendant une journée par un équivalent temps plein :
- Consultations,
- Tables d'interventions occupées au minimum 5 heures par jour (8 h - 20 h),
- Réanimations post-opératoires,
- Réveil,
- Repos de sécurité.

Par exemple, si une journée d'un service occupe 15 heures de bloc opératoire (trois salles) + une consultation + un réveil avec la réanimation post-opératoire, on peut compter cinq sites d'ETP/jour + 35 % portant l'effectif du département d'Anesthésie-Réanimation à 6,75 ETP.

Pool de garde d'Anesthésie-Réanimation

8 médecins AR pour une liste de garde

Une liste de garde est correctement pourvue à partir de huit médecins par pool de garde.

Quel service est prêt à exploiter ces critères ? Quelle A.R.H. est prête à faire le bilan dans sa région ? Quel Directeur est prêt à faire le bilan dans son établissement ? Qui est prêt à relever le défit ?

C'est par ces critères simples qu'on pourra avoir une image correcte de la répartition des médecins anesthésistes sur le territoire et de redéployer les services en sureffectif pour renforcer les services déficitaires.

Il devient urgent de recentrer les effectifs de médecins anesthésistes en fonction de la charge de travail réelle des services.

Docteur M. VIGNIER

En mai dernier, les IADE se sont mobilisés pour que leur rôle au bloc opératoire et leur formation spécifique supplémentaire soient réellement reconnus. Le Projet d'article relatif aux compétences des Infirmiers Anesthésistes, fruit d'un concensus entre les syndicats d' IADE et l'Intersyndicale des Anesthésistes-Réanimateurs Français, n'a encore pas été publié. Le S.N.M.A.R.H.N.U. réclame qu'il le soit, comme l'exigent les autres membres de l'Intersyndicale. Mais nous n'oublions pas que c'est contre la démédicalisation de l'hôpital public, et singulièrement la pénurie en Médecins Anesthésistes-Réanimateurs dans les hôpitaux généraux que portent nos efforts. Cette tendance ne peut être inversée qu'en réaffirmant 1)que l'anesthésie-réanimation est une spécialité médicale, 2)que l'anesthésie au bloc opératoire est un acte médical, qui s'intègre dans une prise ne charge globale, péri-opératoire, du patient, et 3)que la responsabilité des actes revient en premier lieu au médecin anesthésiste-réanimateur., à qui il faut donc donner tous les moyens pour exercer son art dans le respect des règles de sécurité et des droits du patient. Nous publions ci-dessous le communiqué de l'Intersyndicale des médecins Anesthésistes-Réanimateurs, le communiqué de la SFAR, et le projet d'article dont la publication officielle est tant attendue.

COMMUNIQUE de PRESSE

La Fédération Intersyndicale des Anesthésistes Réanimateurs Français (SNARF* - SNMARHNU* - SNPHAR*) comprend les justes revendications des syndicats des infirmiers anesthésistes réanimateurs diplômés d'Etat.

Elle souhaite voir publier dans les plus brefs délais le décret relatif aux actes infirmiers avec l'article les concernant rédigé selon les termes du consensus trouvé entre les organisations d'IADE et les médecins anesthésistes réanimateurs français et tel qu'il nous a été présenté par le Cabinet de Madame GILLOT, Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés, courant février 2000, et où le rôle de chacun est bien fixé sans aucune ambiguïté. Elle insiste également sur l'urgence à voir paraître la circulaire relative aux conseils de blocs opératoires dont la création ne peut qu'amener un peu plus de sérénité et d'efficience dans l'organisation des blocs opératoires.

Restant très attachée à la notion d'équipe que forment le médecin anesthésiste réanimateur et l'infirmier anesthésiste, essentielle à la prise en charge optimale des patients au bloc opératoire, la Fédération Intersyndicale des Anesthésistes Réanimateurs Français espère une fin rapide à ce conflit qui permettra une reconnaissance réelle des IADE et de leur place au sein de nos établissements de soins.

Président du SNARF : Dr Jean-Marc DUMEIX
Président du SNPHAR : Dr Jean GARRIC
Président du SNMARHNU : Dr Jean-Claude DUCREUX
S.N.A.R.F. : Syndicat national des anesthésiologistes-réanimateurs français.
S.N.M.A.R.H.N.U. : Syndicat national des médecins anesthésistes réanimateurs des hôpitaux non universitaires.

IADE : COMMUNIQUÉS DE LA SFAR

Le Conseil d'Administration de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) s'est réuni le 23 Mai 2000 et a rédigé à cette occasion le communiqué suivant.

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a eu connaissance de la cessation du mouvement de grève des Infirmiers(ères) Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat (IADE), ce qui met fin à la préoccupation exprimée dans son communiqué du 13 mai 2000.
Elle saisit cette occasion pour rappeler sa mission, qui est de contribuer à l'amélioration de la sécurité et du confort des patients dans tous les domaines de l'anesthésie-réanimation.
Les médecins anesthésistes-réanimateurs sont les garants de la sécurité des patients anesthésiés et peuvent s'adjoindre pour la surveillance et pour certains gestes, qu'il revient à la SFAR de définir, des IADE formé(e)s à cette fin.
Acte médical, l'anesthésie ne peut être déléguée, mais la contribution des IADE à l'optimisation du fonctionnement des structures doit être soulignée.

Le Bureau de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) s'est réuni le 13 Mai 2000 et a rédigé à cette occasion le communiqué suivant, relatif au mouvement de grève des Infirmiers(ères) Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat (IADE).

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), société savante, n'a pas vocation de prendre position dans les revendications professionnelles. En revanche, elle doit tout mettre en œuvre pour contribuer à l'amélioration de la sécurité et du confort des patients pris en charge par les médecins anesthésistes-réanimateurs. A ce titre, elle a fait sien le contenu du rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la Sécurité Anesthésique, et notamment le chapitre consacré aux Infirmiers(ères) Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat (IADE). La contribution des IADE au fonctionnement optimal des sites interventionnels et post-interventionnels est évidente. Elle passe par une formation spécifique et s'exerce dans un cadre bien défini, notamment celui des "Recommandations de la SFAR". La SFAR est préoccupée par l'absence d'ouverture de discussions et s'inquiète des conséquences de la prolongation du mouvement de grève sur la prise en charge des patients qui en résulte.

PROJET D'ARTICLE RELATIF AUX COMPETENCES DES INFIRMIERS ANESTHESISTES

L'infirmier anesthésiste diplômé d'état est seul habilité, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi un protocole, à appliquer les techniques suivantes:

- Anesthésie générale,
- Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur,
- Réanimation per-opératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.
En salle de surveillance post-interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées au premier alinéa, et est habilité à la prise en charge de la douleur post-opératoire relevant des mêmes techniques.
Les activités visées au 9° (*) de l'article du présent décret sont exercées en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'état et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme.
L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités à condition d'être encadré par un infirmier anesthésiste diplômé et un médecin anesthésiste-réanimateur.

* le 9e paragraphe vise les transports médicalisés.

CONVOCATION
A L'ASSEMBLEE GENERALE 2000

L'Assemblée Générale Statutaire annuelle aura lieu :
Le Vendredi 22 Septembre 2000 de 17h à 19 h

au Palais des Congrès, Porte Maillot - 75015 PARIS,
sur les lieux du congrès de la SFAR.

(Le N° de la Salle sera affiché sur diapositives,dans les salles de conférences, durant toute la journée du vendredi)

Ordre du jour :

* Rapport du Président
* Rapport du Trésorier
* Bilan annuel de l'activité =syndicale
* Election au Conseil =d'Administration - Appel de Candidatures pour postes à pourvoir : 5 membres sortants (Dr BLOT, Dr BRODEUR, Dr DUCREUX, Dr GOUMARD, Dr VIGNIER)

POUVOIR
SYNDICAT NATIONAL des MEDECINS ANESTHESISTES REANIMATEURS
des HOPITAUX NON UNIVERSITAIRES (SNMARHNU)
(Assemblée Générale du 22 SEPTEMBRE 1999)

Je soussigné, Docteur.....

Membre du SNMARNHU

Exerçant au Centre Hospitalier de……

donne tous pouvoirs au Dr…… ou au Dr……

membre titulaire (cotisation 2000 à jour) du SNMARHNU à l'effet de :

❏ me représenter à l'Assemblée Générale du SNMARNHU qui se tiendra le 22 septembre 2000.

❏ prendre part à tous votes, à toutes discussions, accepter toutes fonctions, émarger toute feuille de présence, et généralement, faire le nécessaire pour exercer les droits de tous les adhérents, lors d'une telle réunion.

Porter ci-contre la mention manuscrite : **A** **le** **2000**

"Bon pour Pouvoir" **Signature**

Pouvoir à adresser au Secrétaire général : **Docteur D. GOUMARD**
Service d'Anesthésie
CH - 17019 LA ROCHELLE Cedex 01

Les cotisations pourront être données sur place au Trésorier lors de l'Assemblée Générale ou accompagner ce pouvoir.

3e de couv
Eutherapie
Servier
Film

4e de couv
BYK France
Film